

Anmeldung Kurzzeitaufenthalt oder Tagesbetreuung

Kurzzeitaufenthalt vom _____ bis _____

**Tagesaufenthalt,
(09.00 – 16.00 Uhr)** ab wann _____

Wochentag/e _____

Hielten Sie sich bereits ein- oder mehrmals als Kurzzeitaufenthalter/In oder Tagesaufenthalter/In in der Stiftung Blumenfeld auf? ja nein

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Heimatort	_____
Zivilstand	_____	seit	_____
Konfession	_____	Ehemaliger Beruf	_____
AHV-Nr.	_____	Telefon	_____
PLZ, Wohnort	_____	Strasse	_____

Rechnungsempfänger

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ, Ort	_____
Telefon Privat	_____	Handy od. Geschäft	_____
Beziehung zu AntragstellerIn (Tochter, Sohn, Beistand etc.)	_____	Email-Adresse	_____

Besteht eine Beistandschaft

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, Name, Vorname, Adresse der Beistandschaft _____ _____ _____ Bitte eine Kopie der Ernennungsurkunde beilegen Falls keine Beistandschaft besteht, wünschen Sie eine administrative Vertretung? Falls ja, bitte Name, Vorname, Adresse angeben _____ _____
---	--

Wichtige Adressen von Familienangehörigen oder anderen Vertrauenspersonen

→ Die bei unvorhergesehenen Ereignissen zu benachrichtigende Person ist mit einer „1“ zu kennzeichnen! ←

Nr.	Name, Vorname	Strasse	PLZ, Ort
	Telefon Privat	Handy od. Geschäft	Beziehung zu AntragstellerIn (Tochter, Sohn, Beistand, etc.)
Nr.	Name, Vorname	Strasse	PLZ, Ort
	Telefon Privat	Handy od. Geschäft	Beziehung zu AntragstellerIn (Tochter, Sohn, Beistand, etc.)

Name des Hausarztes	Adresse, PLZ Ort	Tel. Nr.
Name Krankenkasse	Mitglieder-Nummer	
Name Unfallversicherung	Mitglieder-Nummer	
Obligatorisch: Privathaftpflichtversicherungsgesellschaft, Adresse, PLZ Ort	Policen-Nummer	

Falls Sie in ärztlicher Behandlung sind, ist ein ärztliches Zeugnis (mit Diagnosen) beizulegen. Zudem benötigen wir in jedem Fall eine Kopie der Krankenkassen-Karte.

Bemerkungen _____

Unmittelbar vor dem Kurzeitaufenthalt ist eine vom Arzt unterschriebene Medikamentenverordnung abzugeben.

*Medikamente müssen gerichtet und verabreicht werden? ja nein

Der/Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt den Geschäftsführer bzw. die Bereichsleitung Pflege und Betreuung weiterführende Auskünfte bei Ärzten und Institutionen einzuholen.

Ort, Datum

Unterschrift AntragstellerIn, resp. Vertretung

Visum Geschäftsführer
